

FISIONET

CENTRO DI RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE

Gentile Paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche il Suo assenso all'esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Descrizione dell'intervento.

L'intervento riabilitativo consiste in un serie di sedute di kinesi terapia attiva e/o passiva, in esecuzione di tecniche di massaggio e all'applicazione di terapie fisiche.

La kinesi terapia attiva si attua attraverso una serie di movimenti specifici attivi con l'intento di:

- Ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari.
- Recuperare la coordinazione motoria di uno più o distretti articolari.
- Mantenere o aumentare l'articolarietà di uno più o distretti articolari.
- Migliorare il controllo articolare durante i movimenti (stabilizzazione)

La kinesi terapia passiva si attua attraverso una serie di movimenti specifici passivi all'interno o alla fine dell'escursione articolare eseguiti con

forza, frequenza e direzioni variabili, definiti mobilizzazioni o manipolazioni, con l'intento di:

- Recuperare o aumentare l'articolarietà di uno o più distretti articolari.
- Facilitare l'esecuzione di movimenti
- Aumentare l'arco privo di dolore di uno o più articolazioni

Il Massaggio consiste in manipolazioni dei tessuti molli (muscolofasciali e capsulolegamentosi) secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.

La Terapia Fisica si attua tramite l'applicazione di mezzi fisici, quali correnti (TENS, Galvanica, Interferenziale, etc.), Calore esogeno (impacchi caldi, infrarossi etc.), Calore endogeno (radar, marconi, etc.), Luce (laser, ultravioletto, etc.)

Rischi generici

La kinesi terapia passiva o attiva e la terapia fisica possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia nelle ore successive al trattamento.

Rischi del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO E AL PREVENTIVO

Il sottoscritto/a

Residente a in via/P.za n.civico

C.F.

.....

Telefono

E-mail

Nome e Cognome del rappresentante legale (in caso di Minorenne o incapace)

DICHIARA:

- di avere ricevuto, dopo primo contatto e valutazione fisioterapica, dal fisioterapista informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti sul trattamento riabilitativo proposto attraverso i colloqui intercorsi e sugli eventuali effetti collaterali che ne possono derivare (es. aumento della sintomatologia algica, comparsa di algie in zone diverse da quella trattata, vertigini, nausea), nonché il preventivo di massima per il trattamento

proposto;

- di essere consapevole dei rischi e/o delle complicazioni che possono derivare dall'intervento;
- di essere consapevole che senza la sua giusta attenzione alle regole comportamentali e agli esercizi indicati dal fisioterapista, la terapia può non produrre gli effetti desiderati;
- di aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto, e quindi di non avere ulteriori domande da porre al professionista;
- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto;
- di accettare il preventivo di massima per la prestazione concordata;
- di aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- di essere consapevole sull'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio del trattamento;
- di non avere altre osservazioni.

PERTANTO dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento fisioterapico e al preventivo

Data.....

Firma.....

